

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
THỎA THUẬN VỀ DỊCH VỤ CÁ NHÂN TRONG CHƯƠNG TRÌNH
THỬ NGHIỆM HỖ TRỢ GIA ĐÌNH
INDIVIDUAL FAMILY SUPPORT PILOT
SERVICE AGREEMENT

TÊN THÂN CHỦ	SỐ DDD
CHÚ THÍCH CẦN LƯU Ý	
NHỮNG ƯU ĐIỂM (KỂ CẢ SỰ HỖ TRỢ, CÁC LÃNH VỰC/KHẢ NĂNG LÀM MỘT MÌNH)	
NHỮNG HỖ TRỢ CẦN THIẾT/YÊU CẦU	
CÁC DỊCH VỤ ĐỀ NGHỊ	
KẾ HOẠCH THEO DÕI (KỂ CẢ AI THEO DÕI, SỰ THƯỜNG XUYÊN NHƯ THẾ NÀO, BÁO CÁO RA SAO)	
CHỮ KÝ CỦA THÂN CHỦ	NGÀY
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LÝ	NGÀY
NGƯỜI THAM GIA KHÁC	
CHỮ KÝ CỦA NHÂN VIÊN PHỤ TRÁCH HỒ SƠ	NGÀY

QUYỀN KHÁNG CÁO CỦA QUÝ VỊ

Quý vị có chín mươi (90) ngày kể từ ngày nhận được thông báo này để thỉnh cầu điều giải nhằm phản đối quyết định này.

- Nếu quý vị hiện đang nhận dịch vụ đã được DDD trả tiền và muốn dịch vụ đó tiếp tục trong lúc kháng cáo, quý vị phải nộp thỉnh cầu kháng cáo điều giải hành chánh trước ngày _____
- Nếu quý vị chọn tiếp tục hưởng dịch vụ được trả tiền này và quyết định cuối cùng của bộ vẫn giữ nguyên, thì quý vị có thể phải chịu trách nhiệm trả tiền lại cho các dịch vụ lên đến 60 ngày.
- Nếu quý vị không muốn tiếp tục nhận các dịch vụ đã được trả tiền, xin liên lạc với:

_____ tại _____
QUẢN LÝ PHỤ TRÁCH HỒ SƠ/NGUỒN TRỢ GIÚP SỐ ĐIỆN THOẠI

Quý vị có những quyền hạn sau đây:

1. Có người đại diện cho quý vị (quý vị có thể hợp lệ để được trợ giúp pháp lý miễn phí);
2. Được yêu cầu có bản sao hồ sơ của quý vị và tất cả những tin tức được DDD xét duyệt để quyết định;
3. Được trình những giấy tờ để làm bằng chứng;
4. Được làm chứng tại buổi điều giải và có nhân chứng hiện diện để làm chứng cho quý vị; và
5. Được đối chất với những nhân chứng của bộ.

Đơn thỉnh cầu điều giải hành chánh có kèm theo đây.

NẾU CÓ THẮC MẮC

Nếu quý vị có thắc mắc về quyết định này hoặc về thủ tục kháng cáo, xin liên lạc với:

TÊN	SỐ ĐIỆN THOẠI	VĂN PHÒNG ĐỊA PHƯƠNG
-----	---------------	----------------------



**THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI
VỀ THỎA THUẬN DỊCH VỤ CÁ NHÂN
TRONG CHƯƠNG TRÌNH
THỬ NGHIỆM HỖ TRỢ GIA ĐÌNH**
Chiếu theo Chương 388-02 của DSHS về các
điều lệ điều giải.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

GỬI ĐẾN: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

SỐ FAX: 360-586-6563

Tôi thỉnh cầu một buổi điều giải bởi vì tôi không đồng ý với quyết định sau đây của Bộ Xã Hội và Y Tế (DSHS):

- Giải thích vắn tắt những điều mà DSHS đã thực hiện hoặc không thực hiện cho quý vị (viết vào giấy khác nếu cần thêm chỗ); và
- Kèm theo bản sao của thông báo mà quý vị đang khiếu nại, nếu được.

TÊN CỦA QUÝ VỊ (XIN VIẾT CHỮ IN)

NGÀY SINH

ĐỊA CHỈ CỦA NGƯỜI THỈNH CẦU ĐIỀU GIẢI

SỐ ID CỦA THÂN CHỦ

THÀNH PHỐ

Tiểu bang

SỐ BƯU CHÍNH

SỐ ĐIỆN THOẠI (NHỚ GHI SỐ VÙNG)

ĐIỆN THOẠI ĐỂ NHẮN

Tôi đã được thông báo về sự quyết định vào ngày: _____ bởi: _____
NGÀY TÊN VÀ ĐỊA ĐIỂM CỦA VĂN PHÒNG CỦA DSHS

Tôi muốn được tiếp tục hưởng trợ cấp, nếu hợp lệ: Có Không Chương Trình: _____

Tôi được đại diện bởi (nếu quý vị sẽ tự đại diện cho chính mình, đừng điền vào hai hàng kế tiếp):

TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN CHO QUÝ VỊ

CƠ QUAN

SỐ ĐIỆN THOẠI

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG

THÀNH PHỐ

Tiểu bang

SỐ BƯU CHÍNH

Tôi cho phép tiết lộ các chi tiết về buổi điều giải cho người đại diện của tôi.

CHỮ KÝ CỦA QUÝ VỊ

NGÀY

Quý vị có cần thông dịch viên hoặc những trợ giúp hay phương tiện khác cho buổi điều giải không? Có Không

Nếu có, xin cho biết ngôn ngữ hoặc loại trợ giúp gì? _____

Thẩm Phán Tòa Hành Chánh (ALJ) có thể giải quyết buổi điều giải bằng điện thoại. Nếu quý vị muốn đổi để được điều giải bằng cách đích thân đến gặp xin làm theo những hướng dẫn trong Thông Báo Điều Giải mà OAH sẽ gửi đến quý vị.